Rok XXXIII. Kraków 1. Grudnia 1894 r. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 86.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Obecny, od dwóch dziesiątków lat datujący się okres rozwoju chirurgii winien w historyi medycyny uzyskać nazwę o k r e s u c h i r u r g i i b r z u s z n e j. Stworzone przez wprowadzenie antyseptyki i udoskonalone przez dzisiejsze postępowanie aseptyczne operacye śródotrzewnowe wynikami swymi zrobiły radykalny przewrót w wielu dziedzinach dotychczasowego lecznictwa.

Lecz nie sama tylko terapia odniosła ztąd korzyści; odbiły się one zarówno i na badaniach patologicznych, rzucając światło na wiele stron w patogenezie spraw chorobowych. Wśród nich b ł o n a o t r z e w n o w a, o złożonych i ciekawych własnościach anatomicznych i fizyologicznych, groźna swemi sprawami chorobowemi i prawie niedostępna dotychczas wszelkim energiczniejszym zabiegom leczniczym, pierwsza stała się celem dążeń chirurgów. Że dążenia te są liczne, że umysły chirurgów pracują bez przerwy w tym względzie, świadczy o tem literatura chorób jamy brzusznej, mogąca rozmiarami swymi utworzyć dziś już wcale pokaźną bibliotekę.

Sprawy zapalne w otrzewnej i ich niezwykła doniosłość w patologii i terapii stają się zrozumiałe wtedy dopiero, jeżeli uprzytomnimy sobie te dwa szczegóły z anatomii i fizyologii: wymiary i zdolności czynnościowe. Według obliczeń W a g n e r a powierzchnia otrzewny równa się prawie dokładnie powierzchni zewnętrznej całego ciała: pierwsza wynosi 17.182 cm.^{2}, druga 17.502 cm.^{2}. Tak znacznej powierzchni odpowiada ogromna siła chłonna, dzięki której zdrowa otrzewna może wchłaniać nie tylko znaczne ilości płynu, lecz i drobne cząsteczki stałe, jak np. drobnoustroje. Siła ta jest w ścisłym związku z ruchami narządów jamy brzusznej; na pierwszym planie są tu ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego i ruchy oddechowe przepony; najmniejsze zboczenia w zakresie każdego z nich, zarówno jak i zboczenia w krążeniu wywołują zmniejszenie wchłaniania otrzewnowego, które może zejść do zera.

Szereg danych, zdobytych na drodze doświadczalnej, udowodnił, jak wielkie w patogenezie zapaleń otrzewny ma znaczenie sprawność każdego z tych czynników; z drugiej strony okazało się, iż powstanie tych zapaleń zależy od pewnej sumy działających wspólnie czynników chorobotwórczych (drobnoustrojów, wytworów chemicznych, ciał obcych), które wzięte z osobna, pomimo swych własności zapalnych dla innych tkanek, w otrzewnej zapalenia nie są w stanie wywołać. Zazwyczaj jeden z tych czynników gra rolę tylko chwili uspasabiającej, przygotowującej odpowiednio grunt, na którem rozwija się później właściwe zapalenie. Pierwszym takim czynnikiem bywają najczęściej wpływy termiczne, chemiczne lub mechaniczne a dopiero wśród zmienionych okoliczności, przez nie w otrzewnej wytworzonych, mają rozwijać się drobnoustroje i działać swoiście. Jeżeli więc w ogóle przyjmujemy, że na to, aby bakterye mogły osiedlić się w pewnem miejscu ustroju i rozwinąć swe działanie chorobotwórcze, trzeba tam pewnych stósunków miejscowych, pewnego usposobienia *(praedispositio)*, polegającego na zmniejszeniu się odporności tkanek miejscowej czy ogólnej, czy t. zw. *locus minoris resistentiae*, to okoliczność ta w pierwszym rzędzie dotyczy otrzewny.

Dzięki ogromnym zdolnościom chłonnym, siła odporna zdrowej otrzewny jest tak znaczna, że potrzeba dość energicznych czynników, zmieniających prawidłowe stósunki tkankowe, aby umożliwić powstanie n. p. ropnej *peritonitis.*

Wyniki te otrzymane na podstawie doświadczeń laboratoryjnych znalazły *mutatis mutandis* potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych, które przedstawiają tę cechę odmienną, iż strona etyologiczna częstokroć bywa w nich najciemniejszą. Przypadki kliniczne zapalenia otrzewny są wyłącznie prawie natury zakaźnej, wywołane dostaniem się tą lub inną drogą drobnoustrojów do jamy brzusznej.

Nie będziemy zastanawiali się obszerniej nad etyologią zapaleń infekcyjnych otrzewny; sprawa ta znajduje się w ścisłym związku z kwestyą powstawania zapaleń ropnych w ogóle i dostatecznie wyjaśnioną została szeregiem badań lat ostatnich, z pomiędzy których wspomnę tu tylko o pracach polskich w tej mierze, jak Bujwida [1]), Jakowskiego [2]), Janowskiego [3]), Karlińskiego [4]), Święcickiego [5]) i swoich [6]). Zajmujących się bliżej tą kwestyą odsyłam do wybornej pracy źródłowej Janowskiego [7]), wydanej w roku bieżącym.

Wyniki wszystkich tych badań przekonały nas dowodnie, że zapalenia ropne są zawze następstwem działania na tkankę pewnych ciał chemicznych, których przyroda może być rozmaita; w przypadkach klinicznych stanowią one zwykle wytwór działalności żywotnej drobnoustrojów.

Stwierdzenie zakaźnej natury zapaleń otrzewny przy dzisiejszych środkach bakteryologii klinicznej nie przedstawia żadnej trudności; dłuższy czas tylko zastanawiano się nad swoistością tych zapaleń, podając za wyłączną ich przyczynę kilka postaci drobnoustrojów. Dziś, kiedy musimy odrzucić swoistość ropienia w ogóle, kiedy upadł monopol ropotwórczy różnych odmian *staphylococcus* i *streptococcus*, ten sam los spotkać musi w tym względzie i zapalenia otrzewny.

Już sama mnogość postaci znajdowanych w wysięku zapalnym drobnoustrojów, których większość jest już dokładnie zbadaną, przemawia przeciw tej swoistości. Do spotykanych najczęściej należy lasecznik *bacterium coli*, któremu przeto przypisywano ważną rolę etyologiczną w sprawach zapalnych w otrzewnej. Badania jednakże Tavela i Lanza [8]) dowiodły, że przedewszystkiem *bacterium coli* nie stanowi jakiejś postaci oddzielnej, lecz pojęcie zbiorowe mnóstwa spotykanych tu drobnoustrojów, w których odróżnili oni 31 gatunków, że nadto znajduje się wiele innych rodzajów drobnoustrojów w najrozmaitszych ze sobą połączeniach, drobnoustrojów, mających tu też niewątpliwie udział przyczynowy.

Czy poznanie czynników chorobotwórczych w zapaleniu otrzewny ma jakie następstwa praktyczne w lecznictwie? Niewątpliwie tak. Zbadanie natury tych czynników, sposobów, w jakie dostają się do otrzewny, stósunków, wśród których tam mogą się rozwijać, poznanie dokładne środków obrony ze strony tkanek ustroju, usuwanie wpływów, mogących je obniżać a dostarczanie wszystkiego tego, co podnosi ich siłę — oto zadania profilaktyki chirurgicznej, która dziś przy pomocy aseptyki zasłużone święci tryumfy. Co w tym względzie robi lub robić powinna terapia chirurgiczna, zobaczymy poniżej.

Leczenie zapaleń otrzewny, należące dotychczas do dziedziny medycyny wewnętrznej, dopiero w ostatnich czasach zaczęło przesuwać swój punkt ciężkości ku chirurgii. Dotyczyło to pierwotnie tylko otorbionych ropni w otrzewnej, które zgodnie z klasyczną zasadą *ubi pus, ibi incisio* otwierano na zewnątrz. Dopiero dobry wynik w kilku przypadkach ran drążących jamy brzusznej z następowem zapaleniem otrzewny skłonił do rozszerzenia wskazań do pomocy chirurgiczny. Wyznać należy, iż jednym z pierwszych, którzy się oświadczyli za laparotomią w celu leczenia zapalenia otrzewny, był Leyden [1]). Główna przyczyna różnicy zdań co do leczenia tkwi tu w trudnościach rozpoznania wczesnego odpowiednich postaci zapaleń otrzewny. I dziś pomimo uzyskania praw obywatelstwa leczenie chirurgiczne nie ma jeszcze określonych wskazań w oddzielnych postaciach *peritonitis*, co do których zdania są bardzo podzielone.

Różne postacie zapalenia otrzewny dzielono w najrozmaitszy sposób, stósownie do punktu widzenia, który brano za podstawę takiego podziału. Tak więc odróżniano rodzaje *peritonitis* na podstawie bakteryologicznej (Pawłowskij), klinicznej (Mikulicz), patologiczno-anatomicznej (Krecke), doświadczalnej (Fraenkel); wreszcie wspomniani powyżej autorowie Tavel i Lanz za podstawę swej klasyfikacyi biorą miejsce wyjścia sprawy zapalnej i odróżniają zapalenia otrzewny wychodzące: 1) z przewodu pokarmowego, 2) z wątroby i pęcherzyka żółciowego, 3) z nerek i pęcherza moczowego, 4) z narządów płciowych kobiecych, 5) zapalenia pooperacyjne, 6) zapalenia pochodzące ze krwi *(haematogene)*.

Żaden z tych podziałów nie jest ani ścisły naukowo, ani odpowiadający względom praktycznym. Dlatego też w celu przeprowadzenia oceny sposobów leczniczych, pozwolę sobie podać inny ich podział, cechujący się tem, że jego grupy z osobna obejmują przypadki, będące ze sobą w pewnym logicznym związku ze względu na postępowanie lecznicze. A mianowicie:

1) Zapalenia otrzewny powstałe wskutek uszkodzenia całości ścian narządów jamy brzusznej, czy to *a)* w następstwie odbywających się w nich spraw chorobowych *(ulcus ventriculi aut intestini*, *appendicitis perforativa*, *hernia gangraenosa*, *pyosalpinx c. perforatione* i t. d.), *b)* czy też działania urazu.

2) Zapalenia otrzewny towarzyszące sprawom chorobowym w narządach jamy brzusznej, bez naruszenia ich całości (*ileus, invaginatio, cholecystitis* i t. d.).

3) Zapalenia otrzewny zależne od przyczyn tkwiących po za jamą brzuszną lub bardziej oddalonych.

4) Zapalenia otrzewny bez dającej się określić przyczyny (t. zw. samoistne).

Zupełnie oddzielnie stoją zapalenia swoiste, gruźlicze, które też rozpatrzymy na końcu. Już przy pobieżnym przeglądzie każdej z tych grup nasuwa się sama przez się myśl o znacznej różnicy w postępowaniu leczniczem.

W przypadkach należących do I-ej grupy leczenie chirurgiczne dziś już chyba nie znajdzie wielu przeciwników, nawet pomiędzy najbardziej zapalczywymi zwolennikami postępowania wyczekującego. Jedynie

[1] Przegląd lekarski 1888. Nr. 12.
[2]) Gazeta lekarska 1887. Nr. 40. i 1892. Nr. 42.
[3]) Pamiętnik warsz. Tow. lek. 1889.
[4]) Przegląd lekarski 1888. Nr. 33—35.
[5]) Nowiny lekarskie 1893. Nr. 5.
[6]) Kronika lekarska 1889. Nr. 10 i 11.
[7]) Przyczyny powstania ropienia. (Przegląd chirurgiczny Tom I. Zeszyt 3. r. 1894).
[8]) Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Basel 1893.

[1]) Deutsche med. Wochenschrift. 1894. Nr. 17.

chyba rozpoznanie przyczyny zapalenia otrzewny może w niektórych przypadkach przedstawiać pewne trudności, lecz i pod tym względem zazwyczaj łatwo bywa się oryentować: rodzaj i umiejscowienie poprzedzającego cierpienia, uwięźnięcie przepukliny z charakterystycznymi objawami, nagłe pęknięcie guza — w przypadkach dłużej się ciągnących, wywiady zaś co do sposobu zranienia w przypadkach urazowych, rozstrzygają wątpliwości i zmuszają do jaknajrychlejszej laparotomii. Niekiedy w przypadkach zranień zupełnie świeżych objawy ze strony chorego są na razie tak mało-znaczace, że zdaje się, nie wymagają tak dużego zabiegu, jak laparotomia; pomimo to nie należy i tu zwlekać, pamiętając, na jak wielkie niebezpieczeństwo naraża chorego każda godzina pozostawienia skaleczonego jelita w amie brzusznej i jak przez to pogarszają się szanse późniejszej, spóźnionej operacyi. Ciekawy przykład przedstawia pod tym względem jeden przypadek, leczony przed 2ma laty w naszej klinice. Przywieziono kobietę 50-letnią, której przed paru godzinami zadano dwie rany w brzuch ostrym nożem. Stan jej był tak dobry, iż sama zeszła z wozu i przeszedłszy przez kilkanaście schodów, prowadzących na salę operacyjną, mogła sama się rozebrać i położyć na stole operacyjnym. Profesor R y d y g i e r wykonał laparotomię, podczas której przekonaliśmy się, iż dwa te uderzenia nożem zrobiły o ś m dziur w jelicie cienkiem. Rany te zeszyto i chora zupełnie wyzdrowiała. Nietrudno sobie wyobrazić, co stałoby się z chorą, gdyby polegając na dobrym jej stanie, operacyę odłożono na później, aż wystąpią „poważniejsze“ objawy; niewątpliwie wówczas rokowanie byłoby o wiele gorsze. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza.

Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi postrzeganych i leczonych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych od r. 1880.

Napisali

Dr. F. Krzyształowicz i Dr. T. Mayzel.

Wobec pojawiania się w każdym roku wielu prac i referatów w sprawie *infectio syphilitica primaria extragenitalis* sądzimy, że pożytecznem będzie podać do ogólnej wiadomości przypadki, wybrane z wielu tysięcy chorych, na kiłę leczonych od roku 1880. w szpitalu św. Łazarza.

Zachęceni przez Wgo Doc. Dra Zarewicza i rozporządzając wzorowo uporządkowanym materyałem z ostatnich lat kilkunastu, wybraliśmy ten temat, jako jeden z rzadszych i ciekawszych nawet dla niespecyalistów a w naszej literaturze tak skąpo tylko poruszany.

Nie chcąc obciążać niniejszego zestawienia niepotrzebnym zupełnie w tym razie balastem, nie przytaczamy tu tak wielkiej a przeważnie kazuistycznej literatury, która wprawdzie budzi wielki interes, ale tylko dla przypadków tamże wymienionych a nie dla kwestyi ogólnej.

Tablica poniżej podana wyjaśnia nam stosunek liczby wrzodów stwardniałych poza częściami płciowemi według lat i płci do ogólnej liczby wrzodów leczonych w oddziale w ostatnich 14-tu latach:

Rok	mężczyzn	kobiet	Razem	mężczyzn	kobiet	dzieci	Razem	%
1880.	42	24	66	—	2	—	2	3
1881.	80	41	121	3	1	—	4	3·3
1882.	58	28	86	3	2	1	6	6·9
1883.	34	15	49	3	—	—	3	6
1884.	26	8	34	—	—	—	—	—
1885.	28	16	44	1	—	—	1	2·3
1886.	35	28	63	1	1	—	2	3
1887.	42	25	67	3	1	2	6	8·9
1888.	45	15	60	3	3	—	6	10
1889.	42	27	69	—	6	1	7	10
1890.	38	24	62	3	1	1	5	8
1891.	33	22	55	1	11	6	18	32·7
1892.	49	48	97	3	7	4	14	14·4
1893.	61	40	101	1	2	2	5	5
	613	361	974	25	37	17	79	8·11

Razem wszystkich przypadków przez ostatnie 14 lat było 79, co daje w stósunku do wszystkich wrzodów stwardniałych 8·11% a to 25 mężczyzn czyli 31·6%, 37 kobiet czyli 46·8%, 17 dzieci czyli 21·6% ogólnej liczby 79. Przechodząc lata z osobna, widzimy, że % wzmaga się do roku 1883; w roku 1884. nie ma żadnego przypadku, od tego zaś roku % znowu postępuje, dochodząc w roku 1891. do wielkiej cyfry 18 na 55 wszystkich wrzodów, t. j. 32·7%[1]), odtąd zaś znowu opada tak, że w roku ostatnim było tylko 5 przypadków na 101 wszystkich wrzodów stwardniałych.

Nim jednak przystąpimy do przedstawienia swych przypadków, chcemy poruszyć kwestyę ogólnielszą, tyczącą się naszego tematu, t. j. kwestyę sposobu zarażenia.

Stanowczo już chyba dzisiaj nikt nie zgodziłby się z zapatrywaniami jeszcze XV. stulecia, w których sztuka lekarska przyczyny kiły, jak zresztą wszystkich chorób szukała w astrologii, jak to jeden z reprezentantów tej epoki Piotr Pinctor powiada: *Hic morbus non provenit solum a contagio, sed vera causa ejus fuit aliqua influentia stellarum.* Każdy autor już niedługo później, bo nawet z końcem tegoż wieku pomija teorye te ze śmiechem, przekonywając się na każdym kroku, w każdym przypadku o zarażeniu osoby jednej od drugiej przez przeniesienie jadu. Sądzono nawet swojego czasu, że wydzieliny fizyologiczne, jak mleko, ślina, mocz i t. p. mogą być zaraźliwemi; teoryę tę jednak obalono przez doświadczenie a wykazano, że jedynie krew może być źródłem zakażenia. Jak wiadomo, długo także, bo aż do początku tego wieku, utrzymywało się zdanie, że tylko wrzód stwardniały może przeszczepić kiłę; później dopiero wykazano również doświadczeniem, że i zmiany drugorzędne pod różnemi postaciami u drugiej osoby mogą wywołać wrzód stwardniały. Nie wiemy tylko dokładnie, kiedy kiła przestaje być zaraźliwą; to jednak wydaje się pewnem, że zmiany trzeciorzędne przeważnie jej nie przenoszą.

Nic więc dziwnego, że tak sposób jak i miejsce zarażenia pierwotne okazują wielką rozmaitość, z drugiej jednak strony zarażenia poza częściami płciowemi nie będą zbyt częste, jako zależne od bardzo wielu czynników a jakto sposoby tegoż zarażenia wskazują.

---

[1]) Odsetka tak wysoka pochodzi od rodziny z 5 osób złożonej.

Najpowszechniejszem jest zarażenie bezpośrednie, gdy osoba chora styka się pewną częścią ciała z osobą zdrową, usposobioną do przyjęcia jadu kiłowego. Sposób więc zarażenia tego bywa nadzwyczaj różny a w każdym przeszkodą dla jadu jest całość przyskórka, względnie przybłonka.

Najważniejszą przyczyną zarażenia bezpośredniego jest naturalnie obcowanie płciowe, o to jednak w naszych przypadkach nie chodzi, bo stósunek częstości zarażenia podaliśmy w powyższej tablicy a chcemy tylko przytoczyć inne, ogólniejsze przyczyny. Jednym z najczęstszych takich sposobów zarażenia jest na pewno pocałunek, co tak częste wywołuje wrzody na wargach ust, zwłaszcza, że one tak często mogą być pozbawionemi przybłonka. W jamie ust drugiem częstem miejscem są migdałki a to dlatego, że jad łatwo tam dostać się może ze śliną. Najważniejszą niezaprzeczenie przyczyną, że wrzody pierwotne w jamie ustnej są tak częste, są zmiany drugorzędne, tak pospolite w tem miejscu; przy lada więc sposobności może nastąpić zarażenie się wprost lub pośrednio a o sposobność tu wcale nie trudno.

Z tej przyczyny akt karmienia dzieci jest jednem ze źródeł przenoszenia się kiły z dzieci na mamki i odwrotnie. Z tego wyłania się nowa siedziba wrzodu pierwotnego, mianowicie sutki.

O zarażeniu się pośredniem mówimy wtedy, gdy między osobą kiłową a osobą przez nią zarażoną brał jeszcze udział jakiś trzeci czynnik, bądźto osoba, bądź rzecz. Są opisane w piśmiennictwie przypadki, w których przenośnikami kiły były rozmaite części ciała, jak prącie, sutek, ręka itp., gdy osoba przenosząca kiły nie dostała. Wspólne użycie pewnych sprzętów i naczyń bywa bardzo często źródłem pośredniego zarażenia się, bo przecież łatwo nabyc kiły, jedząc lub pijąc z wspólnych z osobą zarażoną kiłą naczyń; ztąd też łatwo wytłómaczyć sobie kiłę całej rodziny a nawet całe epidemie, szczególnie u ludzi biednych w niepomyślnych żyjących stósunkach. Nie trudno również zrozumieć nabycie kiły za pośrednictwem bielizny lub odzieży kiłowego.

W końcu wspomnieć należy o zarażeniu przez narzędzia chirurgiczne przy operacyach, przy szczepieniu ospy, jak dawniej ludzkiej, wreszcie przy żydowskim obrzędzie obrzezania.

Następna tablica wykazuje nam siedzibę wrzodu i częstość jego występowania co do miejsca u różnej płci:

Siedziba	mężczyzn	kobiet	dzieci	Razem
Wargi ust	5	8	7	20
Migdałek	2	3	1	6
Sutek	—	9	—	9
Pachwina	2	1	1	4
Wzgórek łonowy	2	—	—	2
Pośladek	—	4	—	4
Moszna	10	—	—	10
Wewn. powierzchnia uda	—	2	—	2
Ujście stolcowe	1	—	1	2
Rowek warg.-udowy	—	4	—	4
Miejsce nieznane	3	5	6	14
Prącie i warga wstydl.[1]	—	1	1	2
	25	37	17	79

[1]) Te ostatnie dwa przypadki wspomniane dla swej rzadkości etyologicznej, o czem poniżej.

Przypatrzywszy się teraz tej tablicy, zwracamy uwagę że pierwsze miejsce co do częstości zajmują wargi ust, bo czwartą część wszystkich przypadków zwłaszcza, że znaczna część pod rubryką: miejsce nieznane zbudza wielkie podejrzenie na jamę ustną; w ogóle zaś są to przypadki, w których wrzodu na pewno wykazać się nie udało, jednak części płciowe jako ich siedzibę stanowczo wykluczyć można było. Drugie miejsce zajmuje skóra moszen dlatego, że przy spółkowaniu bardzo łatwo wystawia się na zarażenie. Częstem również usadowieniem są migdałki, choć znacznie rzedszem, niż wargi ust, następnie sutki, których 9 naliczyć można, później pachwiny, pośladek, rowek wargowo-udowy, wzgórek łonowy, uda, wreszcie ujście stolcowe.

Przechodząc teraz z osobna te usadowienia się co do płci, zajęcia i wieku, spostrzeżemy kilka charakterystycznych, bijących w oczy okoliczności. Na wargach ust widzimy wrzody u osób różnych stanów i różnego wieku; to też powstają one także w różny sposób. U pięciu mężczyzn wrzody powstały przez pocałunek, jak się zdaje, przy spółkowaniu; u kobiet, w połowie sposób nabycia nie jest pewnym, bo tyczy się kobiet, które oddają się nierządowi, reszta zaś są kobiety zamężne, zarażone czy to przez naczynia, których wspólnie używały z kiłowymi lub też od swych dzieci, które pielęgnowały. Dzieci nabywały kiły najczęściej od mamek przy karmieniu albo od rodziców lub służących, bądź to przy pielęgnowaniu, bądź też przez użycie tych samych naczyń do jedzenia i picia. U mężczyzn przyczyny wrzodów na migdałkach na pewne nie znamy; z kobiet za to dwie młode, zamężne nabyły wrzodów od swych dzieci zarażonych przez osoby otaczające; trzecia zaś dziewczyna zaraziła się od swej matki kiłowej, najprawdopodobniej za pośrednictwem jakiegoś naczynia.

U dziewięciu kobiet, u których znaleziono wrzody na sutku, dowiedziano się z anamnezy, że są to kobiety zamężne, które karmiły swoje lub obce dzieci zarażone przez otoczenie; jedna tylko dziewczyna zaraziła się przez pocałunek swego kochanka, skutkiem czego powstał olbrzymi wrzód na sutku powyżej brodawki.

U dziesięciu mężczyzn z wrzodami na skórze moszen można było prawie we wszystkich przypadkach wykazać spółkowanie jako przyczynę. To samo wyrazać można było tak u mężczyzn jak u kobiet z wrzodami na pośladkach (2 szwaczki i 2 prostytutki), w pachwinie, w rowku wargowo-udowym (3 prostytutki i służąca), na wzgórku łonowym (2 młodych wyrobników), na udach (2 służące) i około ujścia stolcowego. U dzieci etyologia w przypadkach z tą siedzibą wrzodu nie jest jasna zwłaszcza, że dzieci te przybywały do szpitala najczęściej już ze zmianami drugorzędnemi a tylko z wywiadów i pozostałości po wrzodzie można było sądzić o jego siedzibie.

Wejrzenie wrzodów i ich przebieg, jeżeli im nie towarzyszyły szczególne powikłania, nie różniły się niczem od wrzodów stwardniałych na częściach płciowych. Wrzody pierwotne na wargach lub w kącikach ust zajmowały zwykle dość duży obszar i dochodziły do wielkości cztérech centów a trafiały się w różnych okresach rozwoju. Najczęściej przybywali chorzy już ze zmianami drugorzędnemi (jak to zresztą widzieli prawie wszyscy autorowie), wrzody zaś przedstawiały zwykle typowy obraz świeżych wrzodów stwardniałych, pokrytych strupem, po zdjęciu którego widać było albo płyt-

kie przeczosy lub głębsze owrzodzenia, w każdym jednak razie o podstawie chrząstkowato twardej, z otaczającem ją obrzmieniem odczynowem, nierzadko aż do wielkości jaja gołębiego dochodzącem, zwykle widoczne przy wywinięciu wargi na zewnątrz. W jednym przypadku wrzód nie ograniczał się tylko do wargi, ale obejmował całą wysokość wargi górnej, skrzydełka nosowe, przechodząc nawet na błonę śluzową nosa. Wypociną dławcową pokryte były dwa rozległe wrzody w kąciku ust, przechodzące na skórę i błonę śluzową policzków. Jeden przypadek wrzodu u 40-letniej służącej miał charakter wrzodu żrąco-zgorzelinowego, pokrytego tkanką nekrotyczną, który zniszczył wargę dolną aż do pół brody. Wrzody na wargach ust zwykle goiły się przy odpowiedniem leczeniu dość łatwo, pozostawał jednak długi czas ślad w postaci mięsistości i charakterystycznego ubarwienia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Co się zaś tyczy domysłu Hutchinsona, Zeissla, i innych, jakoby u matek, zakażonych kiłą od płodu, okres wylęgania się choroby przedłużał się na miesiące i nawet lata, temu stanowczo przeczą doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne; niekiedy wprawdzie widziano przypadki krótkiego trwania okresu wylęgania kiły (w przypadku Lindwurma[1]) pierwszy okres utajenia wynosił tylko 10 dni, w przypadku zaś Giberta[2]) drugi okres utajenia trwał 37 dni), ztąd jednak nie powinniśmy wnosić odwrotnie, jakoby okres wylęgania kiły mógł przedłużać się do kilku, kilkunastu miesięcy i nawet kilku lat. Zwykle długość pierwszego okresu utajenia kiły (okresu wylęgania) wynosi od 4 — 6 tygodni (Auspitz[3]), Sigmund[4]), drugi zaś okres utajenia trwa zwykle od 1—3 miesięcy (Auspitz[5]), Zeissl[6]), Kaposi[7]); zdarzają się wszakże niekiedy pewne wahania w obu kierunkach, np. w przypadku anonima pierwszy okres utajenia trwał 42 dni, w drugim zaś przypadku drugi okres utajenia kiły wynosił 107 dni[8]). Najdłużej trwał okres wylęgania w przypadkach Fourniera: 10 tygodni[9]), nigdy jednak nie widziano, iżby okres pierwszego utajenia kiły przeciągał się do kilku nawet miesięcy; czyż można więc przypuszczać, iż matki zakażone przez płód stanowią pod tym względem wyjątek? W przypadkach też Hutchinsona, Zeissla i innych zwolenników teoryi *choc en retour* nie znajdujemy na to żadnych dowodów. Należałoby

[1]) Auspitz. Lehre des syphilit. Contagiums. Wien 1866, str. 175.
[2]) Tamże str. 189.
[3]) Tamże str. 345.
[4]) Pitha und Billroths Chirurgie. H. Abth. 2. str. 213.
[5]) Auspitz. l. c. str. 345.
[6]) Lehrbuch der Syphilis. IV Aufl. 1882. str. 350.
[7]) Lehrbuch der Syphilis 1891. str. 116.
[8]) Canstatt's Jahresb. 1856. IV. str. 336.
[9]) Recherches sur l'inoculation de la Syphilis. Paris. 1865. str. 24.

raczej przyjąć, iż przenikanie przyrzutu kiłowego bezpośrednio do obiegu krwi u matki w przypadkach łożyskowego, zakażenia się kiłą powinnoby sprzyjać szybkiemu powstawaniu i rozwojowi kiły u matki, w skutek czego więc ogólne objawy kiły występowałyby wcześniej, niż zwykle.

Zwolennicy teoryi *choc en retour*, nie mogąc inaczej uzasadnić możliwości niezwykłego przedłużania się okresu wylęgania kiły, powołują się na analogiczne jakoby przedłużenie okresu pierwszego utajenia się choroby w przypadkach t. zw. kiły dziedzicznej spóźnionej (*syphilis hereditaria tarda)*, lecz taki argument bynajmniej nie przekonywa, z tego chociażby względu, iż teorya kiły dziedzicznej spóźnionej nie opiera się również na pewnych, trwałych podstawach naukowych (Girtanner[1]), Rosen[2]), Baumler[3]), Fürth[4]), Autor[5]), Neisser[6]), Pellizzari[7]), Kassowitz[8]), Neumann[9]), Kaposi[10]) i inni.

Teorye więc Hutchinsona, Didaya i Zeissla, usiłujące uzasadnić, wytłómaczyć oraz udowodnić wsteczne zakażenie się matki kiłą od płodu, nie opierają się bynajmniej na przekonywających okolicznościach i dowodach, wskutek czego należy je zaliczyć do rzędu hipotez, nie mających żadnych podstaw.

Rozpatrzmy teraz anatomiczne i fizyologiczne stósunki, w jakich znajduje się płód ze względu na możliwość przenikania przyrzutu kiłowego przez łożysko do ustroju matki. Wiadomości nasze, tyczące się związku anatomicznego pomiędzy płodem a matką, są jeszcze dość szczupłe i niedokładne. Sądząc z tej okoliczności, iż naczynia krwionośne matki i płodu znajdują się w bardzo ścisłem zetknięciu i pętlice naczyniowe łożyska i macicy oplatają się wzajemnie, można byłoby przypuszczać bezpośrednie połączenie się krwi obiegów matki i płodu; o tem jednak wcale nie może być i mowy, ponieważ dwa te strumienie krwi są od siebie oddzielone przegrodą, składającą się z kilku błon. Według Reitza[11]) krew płodu oddzielona jest od krwi macierzyńskiej pięciu warstwami tkanek, mianowicie zaś: 1) ścianką żył kosmków błony doczesnej, 2) przybłonkiem słupiastym, pokrywającym kosmki błony wymienionej, 3) przybłonkiem płaskim, pokrywającym kosmki kosmówki, 4) błoną właściwą kosmówki i wreszcie 5) ścianką naczyń włosowatych płodu. Według znów Köllikera[12]) krew zarodka oddzieloną jest od obiegu krwi u matki warstwą tkanki łącznej i przybłonkiem kosmków, pomijając, ma się rozumieć, ścianki naczyń płodu i macierzyńskiej części łożyska. Bezwątpienia takie oddzielenie obu układów krwionośnych wskazuje na rozwój samoistny, osobny obiegu krwi u płodu.

Co się znów tyczy stósunku fizyologicznego, w jakim pozostaje płód do matki, oddawna już ustalił się pogląd, według którego płód — nie będąc w stanie samodzielnie odżywiać się podczas całego okresu życia śródmacicznego — otrzymuje całkowitą ilość materyału spożywczego od matki.

[1]) Abhandlung über die venerische Krankheit. 1788. str. 433.
[2]) Behrend's Syphilidologie. 1861. III. str. 240.
[3]) Ziemssen's Handbuch. III. Bd. str. 228.
[4]) Wiener Klinik. 1879. str. 308.
[5]) Medycyna. 1884. 23.
[6]) Ziemssen's Handbuch. XIV. Band. I. Hälfte. str. 697.
[7]) Virchow's Jahresbericht. 1884. III. str. 575.
[8]) Jahrb. f. Kinderkrankheiten. 1884. XXI. str. 113.
[9]) Internation. klinische Rundschau. 1887. 15 str. 457—460.
[10]) Lehrbuch der Syphilis. 1890. str. 403—405.
[11]) Stricker. Gewebelehre. II. str. 1188.
[12]) Entwickelungsgeschichte. 1876.

Nowsze doświadczenia i poszukiwania najzupełniej potwierdziły słuszność powyższego poglądu, oraz wyjaśniły pewne szczegóły, wykazały jednak zarazem niejaką samodzielność płodu pod tym względem. Przeważną część materyału odżywczego otrzymuje płód połykając pewną część wody płodowej (Marriggia[1]), Zuntz[2]), Preyer[3]), Wiener[4]); Hoffmann[5]) i Preyer[6]) nie odmawiają też pewnego udziału mleku macicznemu w sprawie odżywiania płodu; Ercolani[7]) znów orzekł, jakoby mleko maciczne stanowiło całkowitą ilość otrzymywanego przez płód pokarmu odżywczego; jak zaś wiadomo, mleko maciczne składa się z soku wydzielanego przez gruczoły w macicznej części łożyska znajdujące się. Niegdyś mniemano, iż płód otrzymuje od matki materyał spożywczy zupełnie gotowy, późniejsze jednak badania dowiodły mylności tego poglądu i wykazały zarazem, iż płód przerabia otrzymany pokarm surowy (Volkmann[8]), Bischoff[9]), Valentin[10]), nadto zaś doświadczeniami Schwartzego[11]), Schultzego[12]) i Zweifla[13]) udowodniono oddechanie łożyskowego u płodu. Zweifel za pomocą analizy spektralnej wykazał obecność oksyhemoglobiny w naczyniach pępkowych. Baerensprung[14]), Schatz[15]), Gusserow[16]) i Hofmeier[17]) utrzymywali, iż wymiana gazów i przeróbka materyału spożywczego odbywa się u płodu energicznie, dowodem czego wysoka ciepłota i wyraźne ruchy mięśniowe płodu, oraz obecność mocznika w moczu płodu; badania zaś Prochownika[18]) i Wienera[19]) wykazały, iż u płodu odbywa się samodzielna i dość ożywiona przemiana materyi

Przenikania tlenu i innych gazów przez łożysko od matki do płodu dowiodły poszukiwania Zweifla[20]), Maks. Rungego[21]), Zuntza[22]), Fehlinga[23]) i Kubasowa[24]). Następnie wykazano na drodze doświadczalnej, iż pomiędzy krwią macierzyńską a krążeniem u płodu odbywa się wymiana gazów i substancyj płynnych, do dziś dnia jednak nie wyjaśniono, czy płód otrzymuje od matki materyał spożywczy w postaci gotowego białka, czy też ostatnie wytwarza się dopiero w ustroju płodu z wodanów węgla, tłuszczów i kwasu moczowego. Niektórzy autorowie przypuszczają, iż białko przechodzi od matki do płodu w postaci peptonów. Przejście płynów i rozczynów przez łożysko zostało udowodnionem dzięki badaniom i doświadczeniom Flourensa[1]), Spaetha[2]), Rungego[3]), Kruckenberga[4]), Poracka[5]), Dauzatsa[6]), Beyera[7]) i Haidena[8]). Według Andersona[9]) płód żywi się nie przez krążenie łożyskowe, lecz w pierwszych miesiącach otrzymuje materyał spożywczy z tkanek matki (jajowody, macica), następnie zaś z wody płodowej.

Przenikanie przez łożysko substancyj stałych teoretycznie przypuścić można tylko w prawidłowych stosunkach ciśnienia w obiegu krwi u matki: wprawdzie z doświadczeń, dokonanych nad brzemiennymi królikami i innemi zwierzętami przez Reitza[10]), Casparego[11]), Perlsa[12]), Marsa[13]), Pylego[14]) wypada, iż cynober, emulsya kamforowa, ultramaryna, tusz, mleko i t. p. substancye mogą przejść przez łożysko. Inni znów autorowie przypuszczają możliwość przenikania przez łożysko tworów uorganizowanych (Raubera[15]), Preyer[16]), jakkolwiek go nie udowodnili. Spostrzeżenia kliniczne, tyczące się udzielania niektórych chorób zakaźnych przez matkę płodowi, potwierdzają pośrednie przejście drobnoustrojów chorobotwórczych przez łożysko. Leale[17]) i Goeth[18]) dowodzą przejścia przyrzutu płonicy zimnicy przez łożysko. W przypadku Dohrna[19]) matka, cierpiąca na plamicę krwotoczną, urodziła dziecię przedstawiające objawy tejże choroby; Albrecht[20]) wykazał obecność spirochetów u płodu, pochodzącego z matki chorej na dur powrotny. Odnośnie do ospy mamy kilka spostrzeżeń, które dowodzą przejścia jadu ospowego z matki do płodu (Felleger[21]), Simpson[22]), Barne[23]). Kubasow[24]) zaszczepił 17tu ciężarnym samicom zarazek czarnej krosty i wykrył u wszystkich płodów laseczniki wąglika; doświadczenia zaś Straussa i Chamberlanda[25]) wykazały, iż płód, pochodzący od samic chorych na czarną krostę, nie ulega tej chorobie a więc nabywa pewnej odporności względem wąglika. Wymienieni autorowie zresztą nie znaleźli lasecznika czarnej krosty we krwi tych płodów.

Z drugiej jednak strony nie brak też badań i spostrzeżeń, przeczących przenikaniu ciał stałych przez łożysko (Fehling[26]), Bischof[27]), Jasiński[28]), Miropolska[29]);

---

[1]) Centralbl. f. d. medicin. Wissenschaften. 1874. str. 349—350.
[2]) Pflüger's Archiv f. Physiologie. 1878. XVI. str. 548.
[3]) Die specielle Physiologie des Embryos. Leipzig. 1885. str. 256—257 i 264.
[4]) Centralbl. f. Gynäkologie. 1883. 26.
[5]) Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk. 1882. VIII. 2. str. 258—289.
[6]) l. c. str. 267—270.
[7]) Sulla placenta e sulla nutritione de feti nell'utero. Bologna. 1869.
[8]) Müller's Archiv. 1841. str. 332—346.
[9]) Entwickelungsgeschichte d. Säugethiere und der Menschen. Leipzig 1842.
[10]) Lehrbuch d. Physiologie der Menschen 1850. II. str. 134.
[11]) Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipzig. 1858.
[12]) Jenaische Zeitschr. f. Medicin und Naturwiss. 1868. IV. 3/4. str. 541.
[13]) Archiv f. Gynäkologie. IX. str. 291.
[14]) Pflüger's Archiv f. Physiologie. 1851, str. 126.
[15]) Archiv f. Gynäkologie. VII str. 336; XIX. str. 328.
[16]) Archiv f. Gynäkologie. 1872. str. 241.
[17]) Archow's Archiv. 1882. t. XXXIX. str. 493—536.
[18]) Archiv f. Gynäkol. 1877. XI. str. 304.
[19]) Tamże. 1884. XXIII 2. str. 183—214.
[20]) Berliner klin. Wochenschrift. 1874. 21.
[21]) Archiv f. experim. Pathol. und. Pharmakologie. 1879. X. str. 324.
[22]) Pflüger's Archiv f. Physiologie. XIV. str 605—627.
[23]) Beitrag zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs. 1877. str. 35.
[24]) Allgem. Wiener medizin. Zeitung. 1880. 7. December.

---

[1]) Comptes rendeus de l'Acad des Sciences. tr. str. 1010—1011,
[2]) Schmidt's Jahrbücher. 1845. 4. str. 18.
[3]) Centralbl. f. Gynäkologie. 1877. 5.
[4]) Archiv für Gynäkologie. 1883. XXII. 1.
[5]) De l'absorption des méd. par le placenta etc., Paris 1878.
[6]) Recherches sur la fréquence des battements du coeur du foetus. Thèse. Paris 1879.
[7]) l. c. str. 211.
[8]) Russkaja medicina. 1885. 32.
[9]) Centralbl. f. Gynäkologie. 1885. 4. str. 64.
[10]) Sitzungsber d. Akad. in Wien 1878. LVII. str. 8—10.
[11]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1877. str. 491—492.
[12]) Lehrbuch der allgem. Pathologie. Wien. 1879. II. str. 264—267.
[13]) Przegląd lekarski. 1880. 33. 34. 35.
[14]) Philad. medical Times. 1884 I. str. 711—715.
[15]) Ueber den Ursprung der Milch. Leipzig. 1869.
[16]) l. c. str. 216 i 218.
[17]) Medical News. Philad. 1884. 31. May.
[18]) Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. 1881. VI. str. 22—23.
[19]) Tamże. I. str. 477.
[20]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1880. 18. str. 141.
[21]) Schmidt's Jahrbücher. 1854. LXXXIV. str. 229.
[22]) Edinburgh medic Journal. 1860. VI. str. 448.
[23]) Schmidt's Jahrbücher. 1869. 5. str. 243.
[24]) C. R. de l'Acad. des sciences. 1885. str. 372—375.
[25]) Archives de Physiologie. 1883. 3 Sér. I. str. 436—470.
[26]) l. c. str. 19
[27]) Abhandl. der k. bayer. Akad. der Wissenschaften. 2 Classe. X. 1866. I. Abth. str. 117—166.
[28]) Virchow's Archiv. 1867. XL. str. 350.
[29]) Wracz. 1884. 46. str. 776—779.

doświadczenia zaś Bellingera[1]), Brauella[2]), Davaina[3]), Chouvaya[4]) i Urwicza[5]) stanowczo przemawiają przeciwko przenikaniu tworów uorganizowanych przez łożysko, w kierunku od matki do płodu. Najdonioślejszemi pod tym względem są doświadczenia Urwicza, gdyż tyczyły się posocznicy (*septicaemia*); jak wiadomo zaś, bakterye wymienionej choroby są nadzwyczaj drobne a więc najłatwiej mogłyby przenikać przez łożysko.

Przeciwko doświadczeniom dowodzącym przechodzenia stałych substancyj i tworów uorganizowanych od matki do płodu, można podnieść następujące zarznty: 1) otrzymane na zwierzętach wyniki nie mogą być wcale przekonywającemi dla ustroju ludzkiego w obec znacznej różnicy w budowie anatomicznej, oraz wskutek niejednakowych stósunków fizyologicznych u zwierząt i ludzi; 2) w doświadczeniach na zwierzętach możliwe są rozmaite błędy i nieporozumienia, mogące prowadzić do mylnych wniosków; mianowicie bardzo łatwo przez pomyłkę uznać za cząstki cynobru, tuszu i ultramaryny inne ciałka, jakto wykazał Fehling[6]); poszukiwania zaś Miropolskiej wykazują, jak mało wiary wypada przywiązywać do wyników pomyślnych, otrzymanych przez rozmaitych autorów we właściwych doświadczeniach. Miropolska wstrzykiwała ciężarnym samicom cynober wprost do krwionośnych naczyń; następnie płody ich spalała i w pozostałościach szukała zapomocą elektrolizy rtęci. Wprawdzie w pierwszych ośmiu doświadczeniach znaleziono ślady rtęci, lecz po dokładnem sprawdzeniu okazało się, iż rtęć owa pochodziła z nieoczyszczonego kwasu siarkowego, użytego w doświadczeniach. Następne doświadczenia, przy których Miropolska posługiwała się już widocznie przetworami chemicznie czystemi, wypadły przecząco, bo rtęci wcale nie znaleziono. W obec tego zachodzi wątpliwość co do wyników doświadczeń, dokonanych przez Reitza, Casparego, Perla i innych; mianowicie znów powstaje pytanie, czy wyniki te nie zależały od przypadkowego zanieczyszczenia?

Biorąc pod uwagę powyższe dane, musimy przyjść do wniosku, iż **możliwość przenikania stałych ciał i tworów uorganizowanych przez łożysko od matki do płodu nie jest dotychczas dowiedzioną.** W stósunkach fizyologicznych **łożysko wcale nie przepuszcza ciał stałych i uorganizowanych**; co się zaś tyczy stósunków patologicznych, to chyba bardzo drobne cząstki, względnie zarodniki drobnoustrojów chorobotwórczych mogą wtedy przejść przez łożysko, u człowieka jednak może się to wydarzyć w wyjątkowo rzadkich okolicznościach, częściej zaś to się dzieje u niższych zwierząt a to ze względu na różnicę anatomiczną w budowie łożyska, które jest więcej złożonem u ludzi (Preyer).

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Deutsche Zeitschr. f. Thiermedicin. 1866. II. str. 441.
[2]) Blaise, de l'hérédité syphilitique. Paris. 1883. str. 17—18.
[3]) Recueil de médécine vétérin. 1868. str. 193.
[4]) Blaise, l. c. str. 17.
[5]) Wracz. 1885. 17. str. 276.
[6]) l. c. str. 19.

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Prus. **O działaniu na krew i wartości dyagnostycznej malleiny.** (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*. Str. 60. Lwów 1894).

Liczne dotychczasowe, lecz prawie wyłącznie kliniczne obserwacye nad działaniem malleiny, skłoniły autora do ścisłego zbadania tego środka, celem wykazania jego wartości dyagnostycznej i zmian zachodzących we krwi pod jego wpływem. Z wyników licznych i mozolnych badań zestawionych na końcu pracy wypada przytoczyć jako najważniejsze:

1) Malleina płynna jak i sucha, w różnym stopniu rozcieńczona zapomocą fizyologicznego roztworu soli kuchennej, działa podobnie jak tuberkulina; rozpuszcza bowiem hemoglobinę, niszczy ciałka białe i wstrzymuje krzepnięcie; wstrzyknięta zaś podskórnie zmniejsza z początku przeszło dwa razy ilość ciałek białych, taki jednak stan zmienia się już po upływie 6-ciu godzin w ten sposób, że w miejsce ubytku nastaje tak znaczne zwiększenie się ich liczby, iż występuje wyraźna leukocytoza, dosięgająca *maximum* w 12 godzin. Równocześnie dostrzedz można także zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych (*erythropenia*).

2) Malleina mieści w sobie pirotoksynę, działającą na ośrodki termogenetyczne, wskutek czego po zastrzyknięciu tak podskórnem jak i śródżylnem, występuje podwyższenie lub obniżenie ciepłoty albo też *status quo ante*, stósownie do ilości pirotoksyny zawartej w malleinie. Najczęściej jednak spostrzega się hipertermię u takich zwierząt, u których są świeże nacieki nosaciznowe lub rozpadłe masy serowate.

3) Działanie malleiny w ogóle polega na zwiększeniu produkcyi limfy przez pobudzenie śródbłonka naczyń włosowatych, wskutek czego przyspieszony i spotęgowany prąd limfy zabiera z sobą pirotoksyny tamże nagromadzone i doprowadza je do krwi; — w krwi zaś sumują się te pirotoksyny z pirotoksyną w malleinie zawartą i od ich ilości zależy efekt zadziałania na środki termogenetyczne. Jeżeli ilość połączonych pirotoksyn jest nieznaczną, to ciepłota nie zmienia się: jeżeli zaś jest znaczniejszą, to następuje podrażnienie ośrodków gorączkotwórczych i ciepłota podwyższa się, a gdy suma pirotoksyn będzie bardzo wielką, to dostrzedz można obniżenie się ciepłoty wskutek porażenia tych ośrodków.

Na podstawie tych wyników, opartych na własnych doświadczeniach, nie przyznaje autor malleinie żadnej wartości dyagnostycznej wbrew zapatrywaniom przeważnej liczby klinników weterynarskich.

Cała praca ściśle naukowo przeprowadzona, z uwzględnieniem najnowszej literatury patologii krwi, wyjaśniająca niektóre kwestye jak n. p. powstawania leukocytozy, jest nietylko nzupełnieniem co do działania malleiny, lecz przedewszystkiem stanowi bardzo ważny i cenny przyczynek do patologii krwi. *Dr. Walentowicz.*

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Aby zniszczyć zawarte w piwie (butelkowem) komórki drożdżowe i w ten sposób ograniczyć następową fermentacyę a przez to piwo uczynić trwalszem i zdolnem do dłuższego przechowania, stósujemy tak zwaną *pasteryzacyę*. Metoda ta, przez Pasteura podana polega na ogrzewaniu flaszek z piwem, dobrze zakorkowanych w odpowiednich aparatach do ciepłoty 36⁰—40⁰ C. a jeżeli chcemy drożdże w piwie pozostałe zniszczyć zupełnie, nawet do ciepłoty 50⁰ C. i 75⁰ C.

przez najmniej pół godziny. Komórki drożdżowe obumierają w tej ciepłocie i giną a następowa fermentacya piwa we flaszkach staje się niemożebną, albo przynajmniej tylko bardzo powoli postępować może. Piwo pasteryzowane można przewozić na znaczne odległości; zdolne jest też ono wytrzymać w transporcie wysoką ciepłotę bez szwanku. Przy pasteryzowaniu pęka zawsze pewna ilość flaszek, skutkiem czego piwo pasteryzowane musi być droższem. Mocne pasteryzowanie zmienia nieco smak piwa, który może stać się nieco mdłym, słabsze zaś pasteryzowanie, zmierzające tylko do ograniczenia następowej fermentacyi zaleca się ze względów higienicznych. Rekonwalescenci, osoby wrażliwsze i skłonne do nieżytów jelitowych daleko lepiej znoszą piwo pasteryzowane. O ile mi wiadomo, piwo żywieckie flaszkowe, do rozsyłki przeznaczone zawsze bywa pasteryzowane, także piwo okocimskie do eksportu przeznaczone; ztąd piwa te dają się dłużej w czystości utrzymać, zachowując przejrzystość i nie wytwarzając nadmiaru kwasu węglowego, który częstokroć sprawia nader obfite burzenie i wykipianie piwa w drożdże obfitego po otwarciu flaszki. Również należy zwracać uwagę na czystość korków służących do zatykania flaszek z piwem, sprawdzono bowiem, że bywają nieraz przyczyną nieprawidłowego kiśnienia piwa. Dla objaśnienia, o ile piwo mętne można dopuścić do konsumcyi, przytoczę uchwałę w tej mierze powziętą przez Wolne Stowarzyszenie praktycznych Chemików bawarskich, która brzmi jak następuje [1]):

1) Piwa lekkie, pospiesznie wyrobione nie powinny zupełnie zawierać w sobie drożdży, t. j. drożdże nie powinny w nich być w zawiesinie i sprawiać, chociażby najlżejszego zamglenia.

2) Piwa nieco mocniejsze, zresztą bez zarzutu wyrobione, można mimo obecności lekkiego zamglenia drożdżowego dopuścić do konsumcyi, zamglenie jednak nie może pod żadnym warunkiem dosięgać tego stopnia, aby piwo po 24-o godzinnem pozostawieniu go w ciepłocie pokojowej w formie widocznego gołem okiem osadu wydzielało drożdże.

3) Wszelkie, więcej zamglone, zmętniałe piwo, które po dłuższem odstaniu wydziela osad drożdżowy, należy odrzucić jako niezdrowe.

4) Za zupełnie zepsute należy uważać piwo, które oprócz drożdży zawiera bakterye.

Jakiemu piwu należy oddać pierwszeństwo pod względem higienicznym, czy piwu w rodzaju piw bawarskich, o pełnym smaku, barwie ciemnej, czy piwu jasnemu w rodzaju piw czeskich? W pierwszem przeważa ilość składników słodu, maltoza wraz z dekstryną i substancye białkowate a mniej występuje wpływ składników chmielu, ztąd piwo to więcej odżywia, lecz mniej pokrzepia; w piwach jasnych odwrotnie przeważa goryczka chmielu, tłumiąc smak właściwy składnikom słodu; piwa bawarskie czynią wrażenie płynu gęstszego, jakby nieco klejkiego, piwa czeskie sprawiają w piciu wrażenie płynu więcej wodnistego. Oba rodzaje piw, jeżeli są dobrze i z dobrych materyałów przyrządzone i czyste, odpowiadają wymaganiom higienicznym; jest to więcej rzecz smaku i mody, czy komu więcej jeden lub drugi rodzaj dopisuje. Jabym ze względu na większą ilość goryczki chmielu, na mniejszą ilość wyciągu, zatem mniejszą gęstość oddał pierwszeństwo piwom jasnym czeskim; te bowiem działają poniekąd w sposób podobny do środków gorzkich i w miernej ilości użyte wpływają korzystnie na sprawę trawienia i pobudzają więcej łaknienie. Jednak wiele tu znaczy przyzwyczajenie a w przenoszeniu jednej odmiany piwa nad drugą nawet po prostu suggestya.

Wszakżeż na suggestyi też polega zwyczaj podawania piwa ciemnego w naczyniach nieprzeźroczystych, glinianych, kamiennych i porcelanowych, piwa zaś jasnego w naczyniach szklanych przeźroczystych. Co do piwa butelkowego jednak, to stósowniej je przechowywać w flaszkach ciemnych, nieprzeźroczystych; światło bowiem niekorzystnie wpływa na skład piwa. Ciepłota piwa winna być od 6°—7°R; piwa jasne, szczególniej w ciepłocie wyższej tracą na smaku; piwa „pełnego smaku“, ciemne mogą być podawane nieco cieplejsze, od 6°—8° nawet 9°R.

Najodpowiedniej jest czerpać piwo wprost z beczki w piwnicy do naczyń; dla wygody jednak używa się w wielu handlach przyrządów ssąco-tłoczących do wyciągania piwa z beczek, w piwnicy przechowanych do ubikacyi wyższych, na konsumcyę przeznaczonych. Przyrządy te lubo praktyczne, zwłaszcza rury prowadzące należy w starannej czystości utrzymywać; inaczej bowiem piwo kwaśno oddziaływające rozłoży cząstki metalu n. p. miedzi, cynku, które potem z łatwością w piwie wykryć można a nierzadko nawet obecność metali w piwie zdradza się smakiem. Nadto skutkiem osadzania się w rurach drożdży, żywicy z chmielu i soli następuje rozkład piwa i kiśnienie nieprawidłowe, co czyni piwo wprost szkodliwem. Dlatego też w państwie niemieckiem obowiązują bardzo ścisłe i szczegółowe przepisy lekarsko-policyjne, odnoszące się do rodzaju przyrządów ssąco-tłoczących, uwzględniające sposób, w jaki odbywa się tłoczenie, sposób czyszczenia rur t t. p. W państwie austryackiem niema tak dokładnych w tej mierze przepisów a kontrolę rzeczonych aparatów wykonywają powołane do tego organa na podstawie ogólnych rozporządzeń i wskazówek lekarsko-policyjnych.

Piwo butelkowe różni się od piwa beczkowego tego samego gatunku przedewszystkiem większą ilością gazu kwasu węglowego i większą nieco ilością alkoholu, które pomnożyły się skutkiem następowej fermentacyi piwa w butelce. Ztąd piwo beczkowe jest nieco lżejsze i strawniejsze.

Powyższe uwagi potwierdzają, że dobrze przyrządzone piwo jest nietylko najhigieniczniejszym względnie napojem wyskokowym, lecz zarazem pokaźnym środkiem odżywczym. To też w państwach nie rozporządzających taniem winem a w ostatnich latach także i w tych państwach, jak n. p. we Francyi, piwo rozpowszechniło się a jego konsumcya wzrasta z każdym rokiem.

Piwo w Niemczech czyni korzystną ze względów higienicznych konkurencyę wódce a i we Francyi powoli współzawodniczyć zaczyna z winem. Następujące tablice objaśniają produkcyę tudzież konsumcyę piwa w różnych państwach i różnych krajach państwa austryackiego.

Przegląd produkcyi i konsumcyi piwa w państwach piwo produkujących w r. 1886.

Państwo	Produkcya piwa w hektolitrach	Podatek brutto w złr. w. a.	Przypada na jednego mieszkańca piwa na rok litrów	W przybliżeniu zużywa się do fabrykacyi piwa	
				jęczmienia	chmielu
Austro-Węgry	12651964	23333603	33·3	3300000	45000
Niemcy północne . . .	24290689	11049026	66·2	6200000	90000
Bawarya	13090142	17258752	247·5	3900000	58000
Wirtembergia	2878754	3510600	152	860000	14500
Badeńskie	1244485	1991176	82·4	360000	5000
Alzacya i Lotaryngia .	690718	765030	45	185000	3000
Wielka Brytania . . .	45500000	86700000	129	12800000	325000
Belgia	100000000	5400000	158	2300000	30000
Francya	8009922	8700000	21	1800000	35000
Niderlandy	1800000	756000	31·4	450000	6000
Dania	1800000	—	90	480000	6000
Szwecya	80000	—	18·3	230000	2500
Norwegia	500000	1743750	40	145000	2000
Rosya . . . . . , .	3400000	7549000	3·9	950000	15000
Szwajcarya	950000	—	31·6	260000	3500
Włochy	145300	756200	0 57	50000	700
Serbia	100000	48000	0·52	25000	450
Stany Zjedn. Ameryki północnej	29145000	44800000	58	8200000	85000

[1]) Repertorium für analytische Chemie 1886. München.

Produkcya piwa w Austryi:

Kraj koronny	Ilość browarów w ruchu	Produkcya		Podatek	
		Ilość hektolitrów	Przypada na głowę	W ogóle w złr. w. a.	przypada podatku na głowę w centach w. a.
Austrya górna	80	2562756	120	4266687	175·74
Austrya dolna	235	774156	115	1460477	190 77
Salcburg	59	278857	170	543869	333·57
Czechy	791	5257287	97	8970863	140·65
Morawa	168	1062713	51	1881320	86·86
Szląsk	47	258742	50	466497	80·77
Galicya	169	639922	9	1049116	16·80
Bukowina	7	50022	8	96766	16·03
Styrya	68	613741	56	1321264	107 13
Karyntya	94	145460	41	287931	81·78
Kraina	7	60586	13	136904	27·81
Gorycya i Gradyska . .	2	1065	0·4	2457	0·37
Węgry	109	630135	4·5	1326178	9·22
Tyrol i Przedarulania . .	146	255186	27	508568	55·91
Ogółem 1886. . .	1982	12591631	36	23318897	61·50
Ogółem 1885. . .	2020	13155246	36	24357402	65 00
W roku 1886. więcej .	—	—	—	—	—
mniej .	38	563615	—	1038505	3·50
Tryest	2	52900	51	—	—
Bośnia i Hercegowina .	7	7443	—	14706	10·89

Tablica powyższa wykazuje, iż w Galicyi i na Bukowinie, konsumcya piwa jest najmniejszą, gdyż tylko 9 względnie 7 litrów rocznie na głowę; w sąsiednim zaś Szląsku już przypada na głowę 50 litrów, w Czechach 97 litrów a w Salcburskiem aż 170 litrów. Z krajów państwa Austryackiego, jedna tylko Gorycya ustępuje Galicyi co do ilości piwa rocznie spotrzebowanego; w Gorycyi bowiem jest podostatkiem taniego wina. Z państw wchodzących w skład Cesarstwa Niemieckiego przoduje co do konsumcyi piwa Bawarya z bardzo wysoką cyfrą 247 litrów na głowę. (Dokończenie nastąpi).

Chirurgia.

M i k u l i c z: **Chloroform czy eter?**

M. zachęcony świetną dla eteru statystyką G u r l t a zaczął go używać w swej klinice, wkrótce jednak wrócił znowu do chloroformu.

Przyczynę tego podaje w niniejszej pracy. Stósował narkozę eterową w 80-ciu przypadkach. Trzy razy widział asfiksyę podczas narkozy. Wszystkie trzy przypadki skończyły się wprawdzie dobrze, ale w każdym razie dowodzą, że tak niewinną i zupełnie nieszkodliwą narkozy eterowej nazwać nie można. Daleko jednak większe są niebezpieczeństwa, które chorym grożą po narkozie. Dwa razy wystąpił po narkozie zapad, z którego dopiero po zastósowaniu sztucznego oddychania i wstrzyknięciu kamfory udało się chorych uratować, cztery razy ostre zapalenie oskrzeli, dwa razy zapalenie i obrzęk płuc.

Te ostatnie są zdaniem M. najgroźniejsze. M. powołuje się na P a p p e r t a, który zestawia z piśmiennictwa 7 przypadków obrzęku płuc zakończonych śmiertelnie i to w kilka do kilkunastu godzin po operacyi, jeden nawet dopiero po 32 godzinach. P. zebrał z samej statystyki Gurlta 8 przypadków narkozy eterowej, zakończonych śmiercią w jakiś czas po narkozie, jeden w skutek obrzęku płuc, dwa w skutek zapadu, pięć z zapalenia płuc.

Jeżli się uwzględni te przypadki, w których śmierć zaszła wprawdzie nie podczas samej narkozy, ale jednak w skutek narkozy lubo później, to sama statystyka Gurlta przedstawi się inaczej a mianowicie pokaże się, że po narkozie eterowej jest śmiertelność 1:1167 a chloroformowej 1:2647.

M. nie chce jednak na podstawie tego twierdzić, żeby eter był niebezpieczniejszym od chloroformu, gdyż nie uwzględniano dotąd w statystyce, czy i w skutek chloroformu później śmierć nie następowała, ale oświadcza, że trzeba na te wszystkie okoliczności zwrócić uwagę a wtenczas dopiero będzie można dojść do pewniejszych wniosków; obecnie zaś jeszcze nie udowodniono, żeby eter był mniej szkodliwym od chloroformu.

Co się tyczy samej narkozy chloroformowej, to M. bardzo zaleca operowanie w połowiczej narkozie, uważając, że taka narkoza jest bezpieczniejsza a w wielkiej liczbie przypadków wystarcza. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 46. 1894).

Dr. Rościszewski.

Choroby zakaźne.

W. K o l l e: **Utrzymywanie się laseczników przecinkowych w stolcach rekonwalescentów z cholery.**

Podczas epidemii w Szczecinie w 1893. r. badał autor bakteryologicznie mnóstwo wypróżnień osób zapadłych na cholerę lub z niej ozdrowiałych i przekonał się, że jakkolwiek często nie można było wykazać lasecznika przecinkowego już po 8, 12 lub 20 dniach, nieraz bywało i przeciwnie tak, iż znacznie dłużej, w jednym przypadku nawet po 48 dniach, rachując od rozpoczęcia się choroby, utrzymywały się laseczniki przecinkowe w wypróżnieniach stolcowych, chociaż osoby, które je oddawały, były na pozór zupełnie zdrowe.

Podobną okoliczność wykrył Doenitz podczas epidemii w Bonnie w r. 1893.

Wykrycie tych stósunków ma wielkie znaczenie praktyczne, ponieważ okazuje, iż osoba na pozór całkiem ozdrowiała może szerzyć cholerę a po przeniesieniu się na inne miejsce nawet w siedm tygodni od zasłabnięcia dać powód do pojawienia się małych ognisk epidemicznych, których powstanie nieraz tak trudno wytłómaczyć. (*Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.* VIII. I. 1894). *R.*

E p s t e i n: **Gnilna błonica wrzekoma** *(pseudodiphtheritis septicaemica)*.

U osesków w pierwszych tygodniach życia zdarzają się choroby gardła, bardzo podobne do błonicy, kończące się śmiertelnie a będące tylko częściowym objawem ogólnej gnilicy. Miejscowo znaleść można na miękkiem podniebieniu, języczku, migdałkach aż ku nosowi rozszerzającą się wypocinę włóknikową, nie różniącą się pod względem budowy histologicznej od prawdziwej błonicy, lecz nie zawierającą prątków Löfflera, tylko nader liczne gronkowce i paciorkowce. Zmiana ta w gardle jest tylko następowym objawem zapalenia kiszek gnilno-ropniczego, przeniesionym drogą układu krwionośnego. *(Berl. klinische Wchschft.* 42, 1894*)*.

Dr. B. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

— I. N e u m a n n (w Wiedniu). K i e d y n a l e ż y r o z p o c z ą ć l e c z e n i e k i ł y *(syphilis)*? Prosta logika kazałaby odpowiedzieć: jak najwcześniej! Ponieważ wszakże jad kiłowy potrzebuje pewnego czasu do wywołania właściwej zmiany początkowej, przeto przed upływem dwóch tygodni rzadko będzie można wykazać zarażenie się kiłą, wyjąwszy, gdyby można skonfrontować zarażonego z osobą, która go zaraziła. Dlatego wskazanem jest w każdym razie wypalenie chemiczne czy termiczne ranki, przeczosu i t. p. powstałych po nadarzeniu się sposobności do zarażenia się, przyczem oczywiście nieraz to wypalenie odbywa się niepotrzebnie.

Teoretycznie należałoby się spodziewać, że wczesne zniszczenie jadu kiłowego w miejscu wtargnienia jego do

ustroju, powinno zapobiegać ogólnemu zakażeniu kiłowemu. Doświadczenie wszakże pokazało inaczej, pokazało mianowicie bowiem, iż wypalenie miejsca podejrzanego nawet w 12 godzin po zarażeniu się (Berkeley Hill) nie zapobiegło ogólnemu zakażeniu kiła. Tem bardziej oczywiście tyczy się to przypadków z wybitnem stwardnieniem *(sclerosis)* miejscowem, co zgadza się ze spostrzeżeniami Fourniera, który przy sekcyi 3 osób zmarłych w 6. do 9. dniu po zarażeniu się, znalazł właściwe obrzmienie gruczołów limfatycznych nie tylko w pachwinie, ale i w dole biodrowym *(fossa iliaca)* a nawet w miednicy, a to tłómaczy nam dostatecznie najzupełniejszą nieskuteczność miejscowego wypalania.

Wobec tego próbowano innego sposobu zapobiegania ogólnemu zakażeniu kiłowemu, t. j. wycinano początkowe stwardnienie. W tej mierze robiono dużo doświadczeń, w których brali udział między innymi także Chądzyński, Krówczyński i Watraszewski. Jakkolwiek do dziś dnia nie ma ogólnej zgody co do znaczenia terapeutycznego wycięcia pierwotnego stwardnienia, to jednakowoż niema zapewne już teraz nikogo, któryby się łudził, iż po wycięciu pierwotnego stwardnienia można zapobiedz ogólnemu zakażeniu, tembardziej, iż Bummowi udało się kiłę przeszczepić płynem wyciśniętym z obrzmiałych skutkiem kiły gruczołów limfatycznych.

Co więcej, pokazało się nieraz, iż po wycięciu początkowego stwardnienia ze skórą na pozór przynajmniej prawidłową i to wycięciu w znacznym obszarze na ranie ledwo co zabliźnionej występowało na nowo stwardnienie tak, iż oczywiście nie było nawet mowy o żadnym skutku przerzeczonej operacyi.

Autor sam robił od r. 1873. mnóstwo doświadczeń z wycinaniem początkowego stwardnienia, z wyjmowaniem lub bez wyjmowania odpowiednich, w danym razie obrzmiałych gruczołów limfatycznych i przekonał się o zupełnej nieskuteczności tego zabiegu we wszystkich przypadkach bez wyjątku. Jeżeli w tej mierze zachodzą jeszcze między zawodowymi lekarzami różnice, to wskazówką do zrozumienia ich może jest teorya o jedności wrzodu tak zwanego miękkiego i twardego i trudność rozróżnienia w pierwszych okresach wrzodów tych od siebie; gdy zaś w dalszym przebiegu rzecz się wyjaśni, jest już zapóźno na wycinanie początkowego stwardnienia, bo obrzmienie gruczołów limfatycznych już z góry wyklucza z pewnością wszelką tej operacyi skuteczność.

Mimo tego uważa autor, iż wycięcie pierwotnego stwardnienia jest niekiedy pożądanem, mianowicie, jeżeli stwardnienie przez swe usadowienie się szpeci, bardzo ważne funkcye upośledza, lub wreszcie łączy się ze szczególniejszem niebezpieczeństwem zarażenia innych osób.

Wycięcie początkowego stwardnienia jest zabiegiem bardzo prostym i w razie użycia kokainy całkiem niebolesnym. Po starannem oczyszczeniu i desinfekcyi wrzodu i jego sąsiedztwa, podnosi się wrzód w górę szczypczykami (tak oczywiście, by ramiona szczypczyków nie zanieczyściły się jego wydzieliną) i wycina go zupełnie nożyczkami, poczem po zatamowaniu krwotoku ranę się zaszywa i opatruje przeciwgnilnie. Tam, gdzie skóra łatwo daje się przesuwać, jak na grzbiecie prącia, na napletku, operacya jest bardzo prosta i nie przedstawia żadnych trudności. Zagojenie się następuje w ciągu kilku dni *per primem.* Rzadko tylko występuje w bliźnie ponowne stwardnienie. Stwardnienia na żołędzi i w rowku wieńcowym nie nadają się do operacyi.

Widzimy przeto, iż tak zniszczenie (chemiczne lub termiczne), jak i usunięcie mechaniczne jadu kiłowego jest niemożebne; pytanie przeto, czyby tego dokonać nie można sposobem chemiczno-terapeutycznym, t. j. przez użycie rtęci w okresie drugorzędnym przez tak zwane leczenie zapobiegawcze.

Zdania syfilidologów są w tej mierze podzielone. Jedni jak Ricord, Drysdale, Baeumler, Fournier są jego zwolennikami, inni, jak między nimi Finger, Diday, Jullien, Langlebert, Unna, Janowsky, Kaposi, Caspary, Behrend stanowczo się na nie nie zgadzają.

Na podstawie postrzegania 100 przeszło przypadków oświadcza autor, że pod wczesnem leczeniem rtęcią, zmiana pierwotna goi się w stósunkowo krótkim czasie i znika, gruczoły limfatyczne obrzmiewają nieznacznie a jeżeli już były obrzmiałe, maleją rychło, osutka opóźnia się mniej lub więcej (w jednym przypadku nawet ukazała się dopiero 150. dnia) i bywa zwykle skąpa i blada. Za to jednak występują obficie lepieże *(plaques muqueuses)*, mianowicie w ustach, nawrotów choroby nie bywa mniej, niż przy leczeniu za pojawieniem przypadów drugorzędnych, natomiast przypady trzeciorzędne nie są bynajmniej rzadkie a tam, gdzie już pojawiały się, były niezwykle ciężkie.

Leczenie zapobiegawcze przeto nie usuwa wcale objawów zakażenia ogólnego, lecz je tylko odracza do czasu oznaczyć się nie dającego a nawet do pewnego stopnia robi je cięższemi, tak, iż później trzeba większej daleko ilości rtęci do ich usunięcia.

Wobec tych okoliczności leczenie zapobiegawcze nie tylko, że nie ma żadnego znaczenia praktycznego, ale nawet jest do pewnego stopnia wprost niestósowne, bo nam zakrywa przebieg naturalny a przez zadawanie niewczesne wielkich dawek rtęci, robi ustrój odpornym przeciw temu środkowi wtedy, gdy go naprawdę potrzeba. Autor uważa też leczenie zapobiegawcze w kile za wskazane tylko wtedy, gdy chodzi o jak najrychlejsze zabliźnienie i usunięcie zmiany pierwotnej z powodu jej szczególnego niebezpieczeństwa wynikającego z miejsca, wielkości, kształtu lub obawy zarażenia się innych osób.

Zdaniem przeto autora leczenie kiły w pierwszych jej okresach powinno ograniczać się do miejscowego działania na stwardnienie, w danym razie i na zmiany w gruczołach limfatycznych i przygotowania chorego do leczenia w razie pojawienia się przypadów ogólnego zakażenia całego ustroju. Tutaj to należy odpowiednie zachowanie się dyetetyczne i szczególniejsza piecza nad skórą i jamą ustną ze względu na przyszłe zastósowanie rtęci. (*Wiener med. Wochenschrift.* 45—47, 1894).

— W przypadkach, w których chorzy nie znoszą tranu rybiego, mimo, iż jest on wskazany dla poprawy ogólnego odżywiania, zalecają Revilliod i Zoppino na podstawie doświadczenia w klinice lekarskiej w Genewie zawiesinę tranu rybiego, sporządzoną według jednego z następujących przepisów a przeznaczoną do lawatyw, które łatwo ulegają wessaniu i przyczyniają się widocznie do powiększenia ciężaru ciała i poprawy stanu ogólnego:

142) Rp. *Olei jecoris aselli* 600 00
Vitella ovorum 2
Aquae calcis 400·00
MDS. Do lawatyw.

Do tej mięszaniny dodać można 7‰ chlorku sodowego, co zmniejsza drażliwość błony kliszki stolcowej.

143) Rp. *Olei jecoris aselli* 1000·00
Vitella ovorum 4
Natrii chlorati 7·00
Aquae 35·00
MDS. Do lawatyw.

lub

144) Rp. *Olei jecoris aselli* 600·00
Gummi tragacanthae 2·50
Gummi arabici 50·00
Calcii hypophosphorosi
(Hypophospite de chaux) 2·50
Aquae calcis q. s.
ut f. emulsio litrae.
MDS. Do lawatyw.

(*La semaine médicale.* 21. Listopada 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 2. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 37.

1) Kol. przewodniczący wita przybyłych na to pierwsze po wakacyach i po zjeździe lekarskim zebranie, z powodu zaś nieobecności sekretarza kol. Borego prosi kol. Uhmę, by podjął obowiązki sekretarza.

2) Kol. Merczyński: *O zastosowaniu surowicy Behringa w błonicy; spostrzeżenia ze szpitalika św. Zofii.* Mówca zastrzega się, że nie ma zamiaru ogłaszania jakiejś skończonej już pracy; chce tylko przytoczyć kilka spostrzeganych przypadków i podzielić się z kolegami kilkoma uwagami, jakie mu one nasunęły. Ogółem w sześciu tylko przypadkach próbował surowicy Behringa a nie stósował obok niej żadnego innego leczenia. Z tych sześciu dwa były bardzo ciężkie, zwłaszcza zaś jeden, w którym obrzęk zapalny migdałków i języczka był bardzo wielki a *foetor ex ore* nieznośny. W tym to przypadku wstrzykiwał mówca dwukrotnie Nr. II. a trzeci raz Nr. III. surowicy Behringa, gorączka spadła dopiero po trzeciem wstrzyknięciu. W innych przypadkach z wyjątkiem pierwszego, do ciężkich zaliczonego, w którym podano dwukrotnie Nr. II., wystarczała jednorazowa dawka zazwyczaj Nr. II, czasem Nr. I. O ile doświadczenie mówcy sięga, rokowanie w dwu przytoczonych, ciężkich przypadkach było bezwarunkowo złe, w innych wątpliwe, bo dopóki szerzy się błonica, o niczem przesądzać nie można. To też z pomyślnego zakończenia się choroby we wszystkich przytoczonych przypadkach wypada mówcy wnosić, że z 90 kilku sposobów leczenia błonicy, dotychczas zachwalanych, ta metoda jest najlepszą. Błonica zaraz po pierwszem wstrzyknięciu surowicy przestaje się szerzyć. Trzeciego dnia zazwyczaj występują obfite poty i gorączka rychło spada. Błony odpadają w postaci strupa, pozostawiając powierzchnię lekko broczącą. W każdym prawie przypadku spostrzegano białkomocz. Co do działania surowicy Behringa, to wynalazca jej podaje, że działa jedynie w przypadkach czystej błonicy, wywołanej przez drobnoustroje Loefflera a nie ma wpływu na przebieg zakażeń mięszanych. Mówca tłómaczy sobie działanie surowicy rzeczonej wyjałowieniem gruntu, przez co błonica traci możność szerzenia się, nie zaś zwalczaniem wprost toksyn błoniczych, zatem nie jako antytoksyny. Technika wstrzykiwań jest łatwą. Wstrzykuje się gdziekolwiek, najlepiej z boku klatki piersiowej, całą dawkę leku: w przypadkach lżejszych i u dzieci maleńkich Nr. I., w przypadkach ciężkich Nr. II. a nawet Nr. III. Żadnego działania szkodliwego mówca nie dostrzegł.

Dyskusya: Mahl dziękuje prelegentowi za podniesienie tej sprawy. Sam zna dwa przypadki, w których używano surowicy Behringa. W jednym, którego ordynaryuszem był kol. Kucharski, wezwano mówcę już po zastósowaniu 1-szej dawki. Wówczas zadziwiła mówcę euforya dziecięcia, mimo zmian chorobowych dość znacznych. Po drugiej dawce dziecko wyzdrowiało, białkomoczu nie dostrzeżono, tylko lekki obrzęk powiek. Drugi przypadek skończył się niepomyślnie; było to 14 miesięczne dziecko dotknięte krupem. W południe zastósował mówca jednę dawkę, wieczorem drugą (obie Nr. I.), ale bez skutku. Widocznie lek w krupie nie działa. Żałuje, że nie zastósował Nr. II., ale go w aptekach nie było. Dodatkowo zwraca mówca uwagę, że uważa za obowiązek Tow. lek. postarać się, by aptekarze przystępniejsze naznaczyli ceny. Za Nr. I. kosztujący 6 marek kazano zapłacić 7 złr., za Nr. II. który kosztuje 11 marek 13 złr. a za Nr. III. kosztujący 16 marek naznaczają 21 złr. Chybaż to nie pora wzbogacania się, gdy idzie o środek nie wypróbowany a mający mieć tak doniosłe znaczenie.

Pisek zwraca uwagę na produkcyjną czynność kol. Merczyńskiego w Towarzystwie, przypominając, że tenże tak, jak dzisiaj pierwszy zaznajamia jego członków z surowicą B., tak przed laty pierwszy poczynił próby i przedstawił ich wyniki na posiedzeniu Towarzystwa z środkiem tak użytecznym, jak antypiryna. Mówca nie podziela jednak różowych zapatrywań kol. Merczyńskiego w sprawie surowicy B. Żywo przypomina mu się entuzyazm wywołany kochiną, boi się nowego zawodu. Statystyki Ehrlicha i Aronsona wydają mu się stronniczemi. Należałoby uwzględnić wpływ wieku, wpływ samej epidemii, która w nasileniu swem i zejściu końcowem bardzo bywa różna. Przedewszystkiem zaś należałoby uwzględnić równocześnie kilka sposobów leczenia i dopiero na wynikach w ten sposób uzyskanych oprzeć orzeczenie, która z metod jest lepszą. Zdaje się mówcy, że między wynikami obcych doświadczeń a doświadczeń kol. Merczyńskiego istnieje wielka różnica w tem, że obcy badacze widzieli *crisis*. Wobec tego wszystkiego wydaje się mówcy orzeczenie o skuteczności środka przedwczesnem a wielka ilość środka, którą się wstrzykuje, nasuwa pewne obawy co do nieszkodliwości zabiegu. Ze strony praktycznej nieracyonalnem wydaje się mówcy zamknięcie korkiem zwykłym, który się kruszy. Aronson zamyka swój preparat korkiem szklanym.

Wachholz. Asklepiades wygłosił zasadę, aby *cito, tuto et jucunde curare*. Doświadczenie Szan. prelegenta poucza, że surowica B. działa wcale szybko. Kol. Pisek zwraca uwagę, że zastósowanie znacznej ilości leku stwarza rodzaj pęcherza, co przyjemnem nie może się wydać choremu. Zdaje się jednak, że warunek *jucunde curare* jest mniejszej wagi; najważniejszą zaś rzeczą, by lek działał bezpiecznie. Mamy do czynienia z trucizną a raczej antytoksyną, pytanie zatem, czy tej antytoksyny można bezkarnie używać w wielkich dawkach, czy nie wywołuje ona jakich objawów z zatrucia pochodzących. Już Roux wspomina, że w niektórych przypadkach widział po użyciu surowicy osutki skórne, mianowicie pokrzywkę. Wiadomo też, że trucizny organiczne, należące do rzędu toksyn, n. p. jad wężów jak wiperyna, zadane podskórnie wydzielają się z błony śluzowej żołądka a badania toksykologiczne lat ostatnich wykazują coraz to nowe drogi, któremi trucizny wydzielają się z ustroju. Zajmującem przeto byłoby dowiedzieć się, czy osutka postrzegana przez Rouxa nie jest osutką toksyczną i czy surowica B., zwłaszcza w większych dawkach, nie sprawia przypadłości żołądkowych, któreby świadczyły o wydzielaniu się zbytniej dawki antytoksyny błoną śluzową żołądka. (Streszczenie własne).

Wernicki zwraca się do kol. Piska i chwali go bardzo za to, że przyjmuje ostrożnie i z rezerwą nowy środek, tłómaczy mu jednak, że między wynalazkiem Kocha a surowicą B. jest ogromna różnica. Tamten wynalazek przedwcześnie był ogłoszony a przez żadne ciało naukowe nie stwierdzony, ten zaś na dwu krańcach Europy komisyjnie i długo sprawdzano naukowo. Co zaś komisyjnie stwierdzono, to przyjąć należy i uwierzyć temu. W dalszym ciągu swego przemówienia przytacza mówca, że czytał zalecania, by obok wstrzykiwań stósować leczenie miejscowe przeciw zakażeniu mięszanemu i aby w domach, gdzie jest więcej dzieci a jedno zapadło na błonicę, i innym wstrzykiwać surowicę B. jako środek zapobiegawczy.

Wiczkowski oświadcza, że między limfą Kocha a surowicą B. różnica w tem, że gdy tamten środek był wyciągiem samych toksyn, ten jest surowicą uodpornioną czyli rzeczywistą antytoksyną. Działanie surowicy B. tłómaczy sobie mówca działaniem chemicznem. Mianowicie wykazano w białych ciałkach krwi nukleinę, połączenie kwasów nukleinowych, które raz łatwiej, kiedyindziej trudniej wydzielają się z tego połączenia, a mają mieć własności antytoksyczne. Nasuwa się prawdopodobnie myśl, że surowica B. ułatwiając wydzielanie się kwasów immunizuje ustrój.

Gluziński stwierdza, że kol. Pisek nie porównywał kochiny z surowicą B. a tylko entuzyazm wywołany ongi tamtym środkiem a obecnie nowym. Mówca jest również tego zdania, że w ocenianiu nowej metody trzeba uwzględnić przypadki leczone innymi sposobami. W tymże celu przytacza swoje przypadki — wprawdzie u dorosłych spostrzegane, potwierdzające, że obecna epidemia przebiega lekko. W przypadku kol. Mahla, gdzie zejście było niepomyślne, zdaniem mówcy była wskazaną tracheotomia, której wstrzykiwanie surowicy zastąpić nie mogło, bo nie mogło usunąć duszności. W ogóle nawet lecząc surowicą trzeba stósować leczenie miejscowe. Löffler wykazuje, że na 100 przypadków rozpoznanych jako błonica w 25% drobnoustrojów właściwych nie wykazuje się, w reszcie zaś napotyka oprócz rzeczonych i inne ustroje ropotwórcze, przeciw którym nie działa surowica B. Löffler lecząc miejscowo na 71 przypadków w praktyce prywatnej nie miał ani jednego przypadku śmierci, na 30 zaś szpitalnych, zwykle *in ultimis* oddawanych, tylko 5. Procent śmiertelności przy racyonalnem leczeniu niezawodnie nie jest tak złym, jak go przedstawiają statystyki zwolenników nowego leczenia.

Szpilman zawiadamia Kolegów, że w instytucie weterynaryjnym wiedeńskim zaczęto już próby wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej. Mówca postarał się, by i tutejszy zakład weterynaryjny w tymże celu wyposażono, a sądzi, że Towarzystwo lekarskie lwowskie starania jego poprze. (Przemówienie kol. Szpilmana przyjęto gorącymi oklaskami).

Uhma zapytuje się, dlaczego kol. Merczyński, tłómacząc działanie surowicy wyjałowieniem tkanek, choć po pierwszem wstrzyknięciu nie widział szerzenia się choroby, dalsze wstrzykiwania stósował, jakby się czegoś więcej spodziewał po środku rzeczonym. Kol. Szpilmana, którego myśl wyrabiania surowicy mówca bardzo popiera, zapytuje się, czy z surowicą końską przeciw jadowi błoniczemu uodpornioną, nie można przeszczepić na ustrój ludzki którejś z chorób zwierzęcych.

Obtułowicz: Bez wątpienia żadna z chorób a szczególnie żadna z chorób zakaźnych nie może się poszczycić tak bogatym arsenałem leczniczym, jak właśnie błonica. Każda z monografij traktujących o błonicy zawiera całe stronnice napełnione tylko tytułami leków owianych większą lub mniejszą cudownością a wiele z tych środków chlubi się statystyką iście niezrównaną.

Przypominam tylko, że Andeer zachwalając rezorcynę do leczenia błonicy, podaje, że nie miał ani jednego przypadku śmierci na 222 przypadków błonicy, a Weisse ze 150 chorych leczonych kwasem salicylowym stracił tylko jednego chorego. Pomimo tak cudownych leków każdy z lekarzy powita z radością lek nowy, bo doznał smutnych rozczarowań w praktyce, stósując leki dawniejsze. Jednakowoż i przy stósowaniu surowicy prof. Behringa lub Aronsona, należy działać z zimną i baczną krytyką, aby nie doznać znów rozczarowania.

Co do złośliwości błonicy muszę oświadczyć, że obok innych czynników, potęgujących lub zmniejszających działanie przyrzutu chorobowego, wywiera gleba i pora roku wpływ nadzwyczaj ważny na szerzenie się błonicy i jej przebieg. I tak w jesieni roku 1883 we wsi Ostrej położonej nad samym Dniestrem, który często wylewa i pozostawia kałuże, szerzyła się błonica w miesiącach Październiku i Listopadzie w sposób zatrważający a śmiertelność wynosiła 60%, podczas gdy z nastaniem mrozów, po zamarznięciu wszystkich kałuż, epidemia błonicy dziwnie złagodniała, i przy tym samym sposobie leczenia odsetka śmiertelności obniżyła się do 9% a choroba wygasła zupełnie w połowie Stycznia 1884. Nowy to dowód, jak dalece trzeba być ostrożnym w obliczeniach statystycznych i jak trzeba uwzględniać z należytą krytyką wszelkie czynniki wpływające na jad błonicy, aby potem leku nowego nie uznać niepotrzebnie za nieomylny i niezrównany. (Streszczenie własne).

Merczyński w odpowiedzi na poruszone kwestye oświadcza, że we Lwowie błonica panuje niemal endemicznie i że daje około 60—70% śmiertelności. Dla porównania innych sposobów leczenia z leczeniem surowicą wspomniał już mówca i obecnie szerzej się rozwodzi o dwu przypadkach pozornie lekkiej błonicy, które równocześnie prawie spostrzegane a nie leczone surowicą B. zakończyły się niepomyślnie. Mówca opisując przebieg choroby przy leczeniu surowicą wspomniał o silnych potach, o nagłym spadku ciepłoty, spostrzegał zatem raptowny przełom choroby, choć nie użył słowa *crisis*. Mówca ma głębokie przekonanie o skuteczności środka, którego wielkie nawet dawki stósowano bez szkody. W swoich przypadkach leczonych surowicą wysypek skórnych nie spostrzegał, zna jednak osutki występujące wśród błonicy bez względu na leczenie. Zarzut kol. Uhmy jest pozornie tylko słuszny. Mówca tylko tam stósował dalej wstrzykiwania, gdzie nie mógł stwierdzić, czy choroba przy zajęciu dalszych dróg oddechowych nie szerzy się w głębi.

Szpilman sądzi, że rzeczywiście choroby zwierzęce możnaby przeszczepiać, że zatem trzeba dobierać zwierzęta zdrowe a stan zdrowia stwierdzać przedewszystkiem jak najdokładniejszem badaniem ciepłoty.

Wehr wnosi, by sekcya lwowska petycyę przez kol. Szpilmana do Namiestnictwa wniesioną jak najgoręcej poparła.

Przewodniczący poddaje pod głosowanie:

I. wniosek kol. Mahla, by sekcya lwowska zwróciła się do Towarzystwa aptekarskiego o oznaczenie przystępnej ceny surowicy Behringa.

II. wniosek kol. Wehra, by sekcya lwowska poparła petycyą kol. Szpilmana.

Oba wnioski przyjęto.

3) Kol. Gluziński podaje i uzasadnia wniosek o poparcie przez sekcyę lwowską petycyi w sprawie połączenia kolejowego ze zdrojowiskiem Szczawnicą.

Wniosek ten bez debaty przyjęto i na tem posiedzenie zakończono.

Za sekretarza: *Dr. Uhma.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Listopada 1894 r.

— *La semaine médicale* umieszcza w Nrze 65. z r. b. obszerny referat z pracy prof. Obalińskiego o laparotomii w niedrożności jelit.

— Warszawskie pisma codzienne donoszą, iż tamtejsza Rada miejska dobroczynności publicznej postanowiła utworzyć osobną komisyą do zajęcia się sprawą wyrobu w Warszawie surowicy do leczenia błonicy. Komisya składać się będzie z inspektora szpitali cywilnych oraz lekarzy szpitalnych. Rada miejska ma wystąpić z prośbą o wyasygnowanie 10000 rubli. Surowica będzie wprowadzona do szpitali przy ulicy Aleksandryi i przy ulicy Śliskiej a nadto ma być sprzedawana lekarzom wolno praktykującym.

— Dr. Leon Jakliński otrzymał od rady miejskiej w Komarnie obywatelstwo honorowe tegoż miasta.

— Lekarz miejski w Berdyczowie, Dr. W. G. Linowski wybrany został wielką większością głosów naczelnikiem tegoż miasta.

— Dr. Izydor Schnabel, profesor okulistyki w niemieckim uniwersytecie w Pradze mianowany profesorem okulistyki w Wiedniu.

— Projektowana jest kolej wązko-torowa (76 cm.) z Chabówki do Zakopanego. Długość jej ma wynosić 47 kilometrów, koszt ogólny 1383000 złr. Budowa, która ma trwać trzy lata, ma rozpocząć się z wiosną roku 1895.

— Ruete badał bakteryologicznie powietrze w szkołach hamburskich o wpół do 3-ciej po południu i użył do tego sposobu podanego przez Hueppego. Rezultaty były bardzo rozmaite, bo znalazł od 1500 do 3000000, średnio 268000 zarodków w metrze sześciennym, gdy Hesse naliczył ich tylko 9500 w swoich poszukiwaniach. Między temi mikrobami w powietrzu wykrył R. i jeden chorobotwórczy, dający się hodować na agarze, ziemniakach i w mleku a zabójczy dla myszy, świnek morskich i królików.

— Prof. Kitasato otrzymał od miasta Nagasaki w Japonii wspaniały puchar złoty w uznaniu zasług około odkrycia lasecznika dżumy w Hong-Kong.

— Z urzędowego zdania sprawy za rok 1893. dowiadujemy się, iż w Indyach Wschodnich od zwierząt dzikich, nie rachując wężów, poniosło śmierć 2804 osób, z których na samą prowincyę bengalską przypada 1600. Z ukąszenia przez węże jadowite zginęło 18540 osób. Po wężach najniebezpieczniejszemi zwierzętami są tygrysy, które pożarły lub rozszarpały więcej, niż 1000 krajowców. Od lampartów zginęło 291, od wilków 175, od niedźwiedzi 121 osób. Wypłacono 117447 rupij (rupia = 1·92 marki niem.) wynagrodzenia za zabicie szkodliwych dla ludzi zwierząt, między któremi było 1267 tygrysów, 4088 lampartów i 117120 wężów jadowitych.

— Lekarze wojskowi nie liczą się, jak wiadomo, do walczących. Otóż na jakie niebezpieczeństwo wystawiają się ci niewalczący (*non combattants*), świadczy, iż w bitwie morskiej pod Yalu podczas teraźniejszej wojny między Chinami a Japonią Japończycy stracili w zabitych 100 ludzi, między którymi jest aż dwóch lekarzy, Drowie Miyake i Murakowski. Trzeci lekarz Kawanuma jest ciężko ranny.

— Dr. Chabbert w Tuluzie zwraca uwagę, iż według jego przynajmniej spostrzeżeń (którychbyśmy wszakże w Krakowie potwierdzić nie mogli) porażenie gośćcowe nerwu twarzowego jest bez porównania częstsze u kobiet, niż u mężczyzn (6 : 1) i domyśla się, że przyczyną tego mogą być broda i wąsy u mężczyzn, z których ci znów mają dostawać łatwiej wymienionej choroby, którzy nie mają zarostu na twarzy.

— W znanym procesie prof. Jaegera w Sztutgarcie przeciw redaktorowi *Wracza*, prof. Manasseinowi wypadł wyrok i w drugiej instancyi na korzyść prof. Manasseina.

— Pewne grono lekarzy kijowskich zamierza w lecie w pobliżu Kijowa założyć uzdrowisko czyli sanatoryum dla suchotników.

— Dziennik paryski *Figaro* zebrał w ciągu miesiąca na leczenie błonicy surowicą właściwą 431000 franków, które pójdą na założenie i utrzymanie instytutu wyrabiania surowicy pod kierunkiem Dra Rouxa.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy nowotarski rozpisuje konkurs na posady lekarzy okręgowych w Krościenku i Czarnym Dunajcu Dla pierwszego płaca 500 złr. i ryczałt na objazdy 400 złr., dla drugiego

płaca również 500 złr., ryczałt na objazdy 360 złr. i obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania odpowiadające wymaganiom ustawy z 2. Lutego 1891 roku i rozporządzeniu wykonawczemu zawartemu w Nrze 82. Dz. u. kr. z r. 1891. wnosić należy do końca Grudnia r. b. Nadanie nastąpi naprzód tymczasowo na rok.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza dworskiego w Rozdole. Płaca roczna 500 złr., pomieszkanie bezpłatne, opał i prawo wolnej praktyki. Zgłaszać się do głównego zarządu dóbr w Komarnie w Galicyi najpóźniej do 15. Grudnia 1894

— **Nekrologia.** Zmarli: W Dubossarach w gubernii chersońskiej lekarz miejski **A. J. Wdowikowski**, wychowaniec uniwersytetu kijowskiego. — We Lwowie **Juliusz Gąsiorowski**, lekarz kolei rządowej. — W Wiedniu w dniu 24. b. m. Dr. **Ludwik Gembarzewski** w 81. roku życia.

Redakcya otrzymała:

H. Kucharzewski: Przypadek trypra powikłanego reumatyzmem, zaburzeniami ze strony układu nerwowego wraz z zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Tenże. Ueber die therapeutische Wirkung des Phenocollum hydrochloricum. (Odbitka z *St. Petersburger med. Wchschft*).

Tenże. Un cas d' abcès du cerveau. (Odbitka z *Progrès médical*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5. Grudnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. prof. Obaliński: *Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń chrząstki przyrostkowej panewki biodrowej;* 2) kol. Kryński: *O mięsakach kości długich w kończynach dolnych.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2650.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lanckoronie z płacą roczną 500 złr., ryczałtem na podróże 250 złr. i wolnem mieszkaniem.

Okręg sanitarny obejmuje 18 gmin z ludnością 15448 mieszkańców.

Kompetenci mają wykazać warunki ustawą z 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. wymagane. Lekarz okręgowy obowiązanym jest utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań kończy stę z dniem 16. Grudnia 1894.

Wadowice dnia 16. Listopada 1894.

Za prezesa
Dr. Iwański.

163—3—1

Izba lekarska w Krakowie.

Do L. dz. 150/1894.

OGŁOSZENIE.

Odezwą c. k. Namiestnictwa z d. 9. b. m. do L. 90592. została zawiadomioną Izba lekarska w Krakowie, iż w skutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 29. Października 1894 r. L. 27659. mają nastąpić zmiany w ustawie o kasach chorych a to na podstawie wskazówek i życzeń, przedstawionych przez strony interesowane. Równocześnie została Izba wezwana do wydania opinii ze swej strony w tej sprawie z terminem do dnia 1. Stycznia 1895. a to w myśl kwestyonaryusza, do powyższej odezwy dołączonego.

Ponieważ w tak ważnej sprawie Wydział Izby lekarskiej sam odnośnego orzeczenia, bez poprzedniego porozumienia się z interesowanymi kolegami, wydawać nie chce, przeto wzywam niniejszem uprzejmie wszystkich PP. lekarzy w okręgu krakowskiej Izby lekarskiej zamieszkałych a ze sprawami kas chorych bliżej obznajomionych, aby wnioski swe w tej mierze najdalej do dnia 10. Grudnia b. r. do biura Izby (Kraków, ul. św. Krzyża 7.) pisemnie nadesłać zechcieli.

NB. Wnioski te nie mogą odnosić się do całej ustawy, ale tylko do tej części, która dotyczy stósunku lekarzy do tychże kas.

Prezydent Izby:
161—1—1 *Dr. Jakubowski m. p.*

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 30. Października 1894. l. 57413. rozpisuje Magistrat miasta Sambora konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Samborze z płacą roczną 350 (trzysta pięćdziesiąt) złr. w. a.

Kompetenci na tę posadę mają wnieść do Magistratu miasta Sambora podania najdalej do 1. Grudnia 1894 roku i wykazać:

1) iż uzyskali stopień doktora wszech nauk lekarskich i
2) dotychczasową praktykę.

Magistrat król. woln. miasta.

Sambor dnia 10. Listopada 1894. 158—3—3

KONKURS

na posadę I-go bezpłatnego elewa klinicznego przy Katedrze medycyny wewnętrznej na przeciąg jednego roku, ewentualnie dwóch lat. Pierwszeństwo, wśród równych zresztą warunków, będą mieć Kandydaci, którzy wykażą się uzdolnieniem w zakresie chemii, bakteryologii i mikroskopii klinicznej. O tę posadę ubiegać się mogą także lekarze, którzy dyplom doktorski otrzymali nietylko w Uniwersytecie Jagiellońskim, ale na jakimkolwiek innym Uniwersytecie. Podania należy wnosić do Kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 12. Grudnia 1894.

Kraków 27. Listopada 1894. 162—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.